

ELEONORA SILVEIRA PINHO

**PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DE 39 CASOS DE
TUMORES DE ANEXOS EPIDÉRMICOS**

**Trabalho apresentado à
Universidade Federal de
Santa Catarina, para a
conclusão do Curso de
Graduação em Medicina.**

**FLORIANÓPOLIS – SANTA CATARINA
2001**

ELEONORA SILVEIRA PINHO

**PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DE 39 CASOS DE
TUMORES DE ANEXOS EPIDÉRMICOS**

**Trabalho apresentado à
Universidade Federal de
Santa Catarina, para a
conclusão do Curso de
Graduação em Medicina.**

**Coordenador do Curso: Prof. Dr. Edson Cardoso
Orientador: Prof. Dr. Jorge José de Souza Filho
Co-orientadora: Dra. Andreza Bordin**

FLORIANÓPOLIS – SANTA CATARINA

2001

AGRADECIMENTOS

Ao meu orientador, por possibilitar meu primeiro contato com a Dermatologia e pela atenção.

À Lee I-Ching, pela introdução na Patologia Dermatológica e pela paciência na “orientação”.

À minha co-orientadora, pela revisão e sugestões.

A todos os funcionários do Serviço de Anatomia Patológica do Hospital Universitário

A minha família, pelo estímulo e apoio.

A Daniel Dimas da Silva, pelo esforço para compreender este momento da minha vida.

ÍNDICE

1. INTRODUÇÃO.....	05
2. LITERATURA.....	07
3. OBJETIVO.....	23
4. MÉTODO.....	24
5. RESULTADOS	27
6. DISCUSSÃO.....	44
7. CONCLUSÕES	52
8. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	54
NORMAS ADOTADAS.....	58
RESUMO.....	59
SUMMARY	60
APÊNDICE	61

1. INTRODUÇÃO

Os tumores de apêndices epidérmicos (neoplasias de anexos cutâneos) são relativamente raros, mas estimulantes e desafiam o diagnóstico. Grupos heterogêneos destas neoplasias cutâneas são caracterizadas por diferenciação para vários tipos de estruturas de anexos cutâneos como: folículo piloso, glândulas sebáceas, glândulas apócrinas e glândulas écrinas¹. Embora a maioria destes tumores seja benigna, existem, de fato, variantes malignas².

A clínica dos tumores de apêndices é indeterminada na maioria dos casos, especialmente nas variantes solitárias e, portanto, normalmente estas neoplasias não são diagnosticadas clinicamente³.

Via de regra, a histopatologia é fundamental para o diagnóstico dos tumores de apêndices epidérmicos, tanto os tumores benignos, como suas variantes malignas³.

O maior problema no diagnóstico histopatológico destes tumores de apêndices epidérmicos, no entanto, relata para a dificuldade de diferenciação entre tumores malignos e benignos³. Pelo menos teoricamente todos os tumores benignos têm variantes malignas. Isto é especialmente verdadeiro para neoplasias de anexos com diferenciação écrina e apócrina³.

A importância do exato diagnóstico dos tumores de apêndices epidérmicos, embora a maioria seja benigna, relata para o fato observado de que muitas destas neoplasias são geneticamente pré-determinadas e podem resultar em tumores múltiplos potencialmente desfigurantes⁴. Exemplos de tumores de apêndices geneticamente determinados incluem

múltiplos tricoepiteliomas, cilindromas, triquilemomas e adenomas sebáceos⁴.

Em alguns casos, estas lesões múltiplas servem de marcadores de malignidade interna, conforme ocorre com os triquilemomas múltiplos e o carcinoma de mama na síndrome de Cowden⁵.

Outros tumores benignos de apêndices epidérmicos representam locais de predileção para o desenvolvimento de neoplasias mais agressivas num momento posterior da vida, como no nevo sebáceo⁴. Tumores primários benignos ou malignos podem também ser erroneamente considerados metástases de tumores de órgãos viscerais⁴. E ainda, embora algumas neoplasias benignas não demonstrem um comportamento agressivo, elas podem ser confundidas com certos tipos de cânceres cutâneos como o carcinoma basocelular².

Frente à raridade dos tumores de anexos cutâneos e sua dificuldade diagnóstica, tanto clínica, como histopatológica, este trabalho pretendeu avaliar a frequência destes tumores no Serviço de Anatomia Patológica (SAP) do Hospital Universitário Polydoro Ernani de São Thiago (HU), correlacionando-os com variáveis epidemiológicas e avaliando o índice de suspeição dos tumores anexiais dentre as hipóteses diagnósticas das solicitações de exame histopatológico no material enviado do SAP, posteriormente, comparando com a literatura.

2. LITERATURA

Os tumores que se diferenciam na direção de apêndices epidérmicos podem ser divididos em quatro grupos: aqueles que se diferenciam no sentido de pêlos, no sentido de glândulas sebáceas, no sentido de glândulas apócrinas e no sentido de glândulas écrinas⁶.

Além dos tumores benignos que se diferenciam no sentido de apêndices epidérmicos, há carcinomas de apêndices epidérmicos⁶.

É provável que se originem de células pluripotenciais capazes de diferenciação pilosebácea, écrina ou apócrina, embora a microscopia eletrônica e a histodiferenciação nesses tumores revelem com freqüência semelhanças, sugerindo direções de histodiferenciação nesses tumores, por exemplo: o tricoepitelioma formando pêlos e o cilindroma com enzimas características das glândulas apócrinas⁶.

As neoplasias benignas originadas dos folículos pilosos são representadas mais freqüentemente pelo pilomatrixoma, tricofoliculoma, tricoepitelioma, tricolemoma, tumor triquelemial proliferativo e o tricoadenoma⁶.

Das glândulas sebáceas podem se originar o nevo sebáceo, o adenoma sebáceo e a hiperplasia sebácea senil⁶.

As glândulas sudoríparas écrinas originam os chamados siringomas, os poromas écrinos, o espiroadenoma écrino, o hidroadenoma de células claras e os siringocistoadenomas⁶.

Das glândulas sudoríparas apócrinas formam-se os cilindromas, o hidroadenoma papilífero, o ceruminoma, o cistoadenoma apócrino e a papilomatose florida do mamilo⁶.

Todas essas estruturas anexiais podem dar origem aos chamados tumores malignos dos anexos, que são raras, pouco características e com diagnóstico histopatológico⁶. Os principais representantes dessas neoplasias são os adenocarcinomas sebáceos e os adenocarcinomas das glândulas sudoríparas écrinas e apócrinas, sendo que alguns desses tumores têm comportamento agressivo e metastatizam precocemente⁶.

Embora raros, os tumores de apêndices cutâneos, principalmente devido aos seus representantes malignos, devem ser suspeitados na prática clínica diária, principalmente do cirurgião geral, do cirurgião plástico e dermatologistas, frente a qualquer tumor de pele ou partes moles⁶.

Quadro I: Classificação dos tumores apendiculares benignos

Tumores	Diferenciação pilosa	Diferenciação sebácea	Diferenciação apócrina	Diferenciação écrina
Hiperplasias (Hamartomas)	Nevo de folículo piloso	Nevus sebaceus Hiperplasia Sebácea Doença de Fordyce	Nevo apócrino	Nevo écrino
Adenomas	Tricofolículoma Poro dilatado Acantoma de bainha pilosa Fibrofoliculomas múltiplos Tricodiscomas múltiplos	Adenoma sebáceo	Hidrocistoma apócrino Hidradenoma papilliferum Syringocystadenoma papilliferum apócrino Adenoma apócrino tubular Adenomatose erosiva do mamilo	Hidrocistoma écrino Siringoma (Syringocystadenoma papilliferum écrino)
Epiteliomas Benignos	Tricoepitelioma Tricoepitelioma desmoplástico Tricoadenoma Hamartoma generalizado de folículo piloso Pilomatricoma Cisto triquilêmico proliferante Trriquilenoma Tumor do infundíbulo-folicular	Sebaceoma	Cilindroma apócrino Siringoma condróide apócrino	(Cilindroma écrino) Poroma écrino Siringometaplasia mucinosa Espiradenoma écrino Hidradenoma de células claras Siringoma condróide écrino
Epiteliomas Primordiais	Epitelioma basocelular ceratótico	Epitelioma basocelular com diferenciação sebácea	Epitelioma basocelular com diferenciação apócrina	Epitelioma basocelular com diferenciação écrina

Fonte: LEVER, W. F., et al. Histopatologia da Pele. Vol. 2, 7ª ed. São Paulo: Mande Ltda, 1991. p. 527⁶

Tumores de Folículo Piloso

Tricoepitelioma

Este quadro hereditário, tipo dominante, também é conhecido como adenoma sebáceo tipo Balzer⁷. Consiste de numerosas pápulas ou nódulos de cor amarelada ou rósea, consistência firme, localizadas na porção central da face ou fronte, particularmente nos sulcos nasogenianos e na região periorbitária e, ocasionalmente, na porção superior do tronco e couro cabeludo, variando em número de alguns elementos a dezenas⁷. Em regra, desenvolvem-se na infância ou na puberdade e aumentam progressivamente de tamanho⁷. Ocasionalmente, pode ocorrer forma não hereditária como lesão única isolada, comumente em adultos, e, na face, sob forma de nódulo cor da pele, de consistência firme⁷. É o tricoepitelioma solitário, de diagnóstico clínico bastante difícil em relação a outras tumorações cutâneas benignas, como siringoma, cilindroma, e também sendo difícil o diagnóstico diferencial, tanto clínico como histopatológico, com carcinoma basocelular^{7,8}.

A presença simultânea de múltiplas lesões de tricoepitelioma e cilindroma, este último também herdado dominantemente, tem sido observada repetidamente^{6,8}.

O tratamento é feito com dermoabrasão, quando há numerosas lesões, ou com eletrodessecação, quando existem poucas lesões⁷.



Figura 1: Paciente apresentando tricoepitelioma. Fonte: DOIA – Dermatology Online Atlas⁹.

Pilomatricoma

Tumor com diferenciação no sentido de células pilosas, particularmente células do córtex do pêlo⁶. Também conhecido como epitelioma calcificado de Malherbe⁷, geralmente se manifesta sob a forma de um nódulo de consistência firme e dura característica, situado profundamente e coberto por pele normal¹⁰. Muitas vezes é lobulado e pode ser levemente amarelado em sua cor¹⁰. Raramente apresenta-se como nódulo vermelho-escuro⁶.

O pilomatricoma usualmente apresenta-se como lesão solitária, de 0,5 a 3 cm de diâmetro, sendo a face e as extremidades as localizações mais comuns⁶.

O tumor pode surgir em pessoas de qualquer idade, mas cerca de 40% originam-se em crianças abaixo de 10 anos de idade e cerca de 60% em pessoas nas duas primeiras décadas de vida⁶.

Embora, via de regra, o pilomatricoma não seja hereditário, há uns poucos casos de ocorrência familiar, com condição autossômica dominante, e em alguns casos o tumor se associa com distrofia miotônica^{6,10}.

Transformação maligna do pilomatricomas é raro, com menos de 20 casos descritos na literatura mundial⁶.

Muitos pilomatricomas se assemelham a cistos epidermóides, ou podem mimetizar diversos tumores malignos⁶. O exame histopatológico mostra células basofílicas que gradualmente perdem seus núcleos, originando células de transição que evoluem para células sombra que correspondem a células da matrix do pêlo queratinizado⁷. Em meio ao estroma conjuntivo, há reação de corpo estranho, calcificação e ossificação⁷.

O tratamento ideal é excisão cirúrgica⁶.

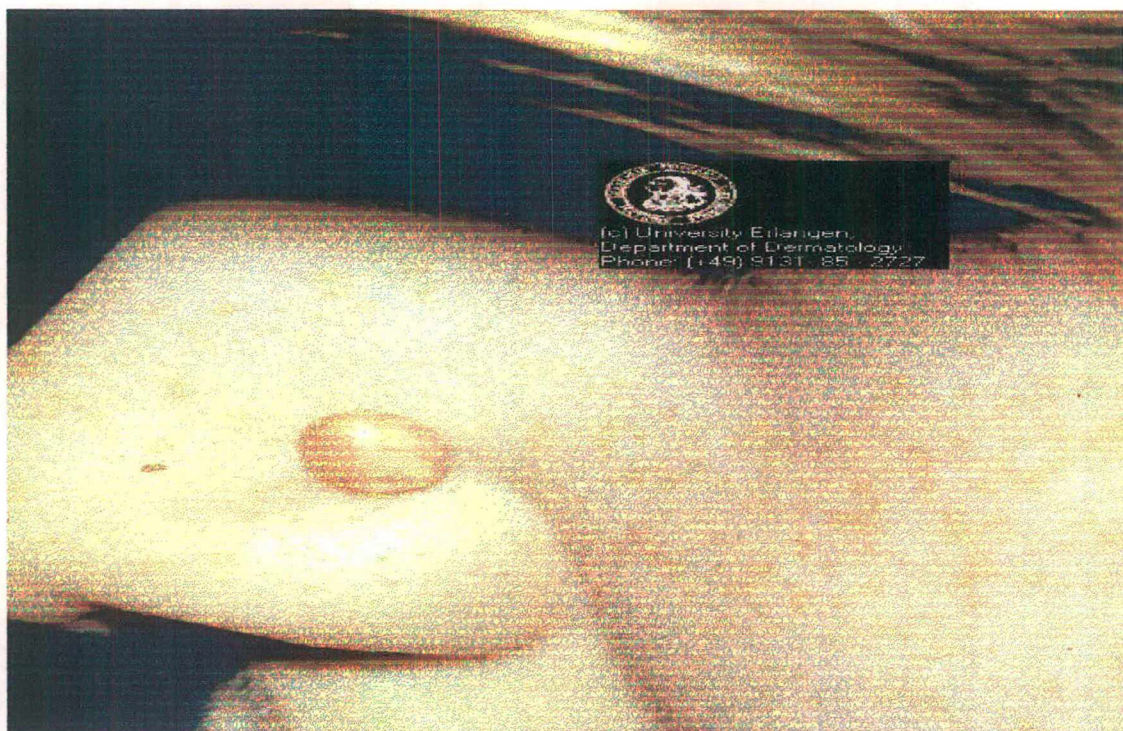


Figura 2: Paciente com pilomatrixoma. Fonte: DOIA – Dermatology Online Atlas⁹.

Cisto triquilêmico

Clinicamente, os cistos triquilêmicos são indistinguíveis dos cistos epidérmicos⁸. No exame histopatológico, cerca de 85% serão cistos epidérmicos⁸. Cistos no couro cabeludo, entretanto, são usualmente cistos triquilêmicos⁸.

O cisto triquilêmico é quase sempre uma lesão única, 90% ocorrendo no couro cabeludo, sendo que os 10% residuais ocorrem principalmente em dorso, sendo que 80% dos pacientes são mulheres, a maioria idosas⁶. Caracterizam-se por nódulo subcutâneo, móvel e assintomático, herdados freqüentemente de modo autossômico dominante⁷.

O tumor pode crescer para uma massa grande, elevada, lobulada, constituindo o cisto triquilêmico proliferante, que pode sofrer ulceração e assim assemelhar-se a um carcinoma espinocelular⁶.

Em raros casos, pode sofrer transformação maligna, originando o tumor triquilemal proliferante maligno⁶.

O tratamento é a remoção cirúrgica⁷.



Figura 3: Paciente apresentando cisto triquilêmico. Fonte: DOIA – Dermatolog Online Atlas⁹.

Carcinoma triquilemal

Também conhecido como carcinoma triquilêmico, é um tumor bastante incomum de diferenciação no sentido de estruturas pilosas⁶.

Clinicamente, caracteriza-se por nódulo ou placa, eritematoso ou cor da pele, com superfície crostosa, podendo sofrer ulceração, ocorrendo em áreas expostas, preferencialmente na face ou orelhas, em adultos-jovens, ou indivíduos de meia-idade^{11,12}.

O comportamento biológico deste tumor parece ser relativamente indolente. Apesar do crescimento local agressivo, metástases e recorrências não foram observadas¹³.

No exame histopatológico, a principal característica do tumor são os núcleos hipercromáticos pleomórficos, com citoplasma contendo glicogênio, este sendo PAS-positivo e diástase - sensível. Também encontramos atipias, infiltração e mitoses¹³.

Mesmo sendo aparentemente uma neoplasia indolente, é sábio fazer excisão conservativa, porém completa do tumor, e acompanhamento clínico periódico, em ordem de detectar possíveis recorrências¹².

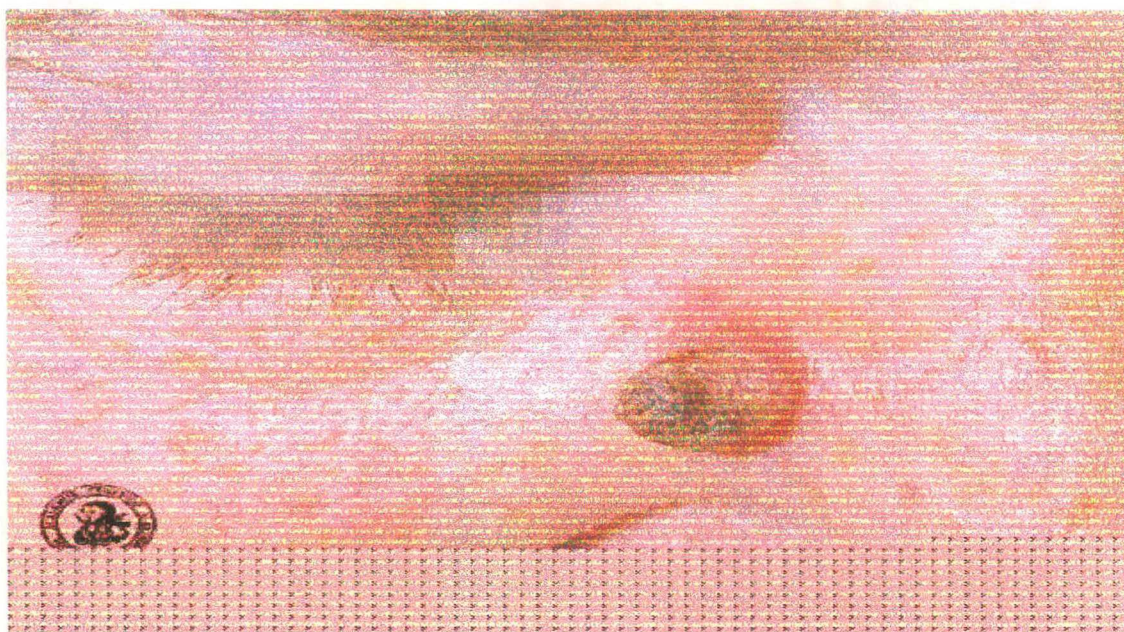


Figura 4: Paciente com carcinoma triquilemal. Fonte: DOIA – Dermatology Online Atlas⁹.

Tricofoliculoma

É um tumor benigno, bem diferenciado, originado do folículo piloso⁷.

Ocorre em adultos como lesão solitária, usualmente na face, mas ocasionalmente no couro cabeludo ou no pescoço, consistindo em um pequeno nódulo cor da pele, cupuliforme, onde freqüentemente há um

poro central, de onde emerge um tufo de pêlos cotonosos, usualmente brancos, constituindo um aspecto clínico altamente diagnóstico⁶.

Existe uma variante de tricofolículo, o tricofolículo sebáceo, com aspecto clínico semelhante ao tricofolículo, mas ocorrendo em áreas ricas em glândulas sebáceas, como o nariz⁷.

O tratamento é remoção cirúrgica⁷.

Tumor de Glândulas Apócrinas

Cilindroma

Tumor no qual a diferenciação é, na maioria dos casos, na direção de estruturas apócrinas, mas em alguns casos é no sentido de estruturas ecrinas. Ocorre mais frequentemente como lesão nodular, superfície lisa e consistência macia, com finas telangiectasias, solitária, sendo adquiridas e aparecendo em idade adulta, no couro cabeludo ou face, mas também podendo ocorrer como lesões múltiplas, estas sendo herdadas de modo dominante e apresentando-se como numerosos nódulos lisos em forma de cúpula, de diversos tamanhos, no couro cabeludo, podendo estar presentes em tão grande número a ponto de cobrirem todo o couro cabeludo, como um turbante, razão pela qual são ocasionalmente denominados tumores em turbante⁶.

As lesões múltiplas de cilindromas frequentemente estão associadas com múltiplas lesões de tricoepitelioma⁶.

Cilindromas geralmente permanecem benignos, mas há casos descritos na literatura de transformação maligna, com metástases⁸.

O tratamento é a retirada cirúrgica⁷.

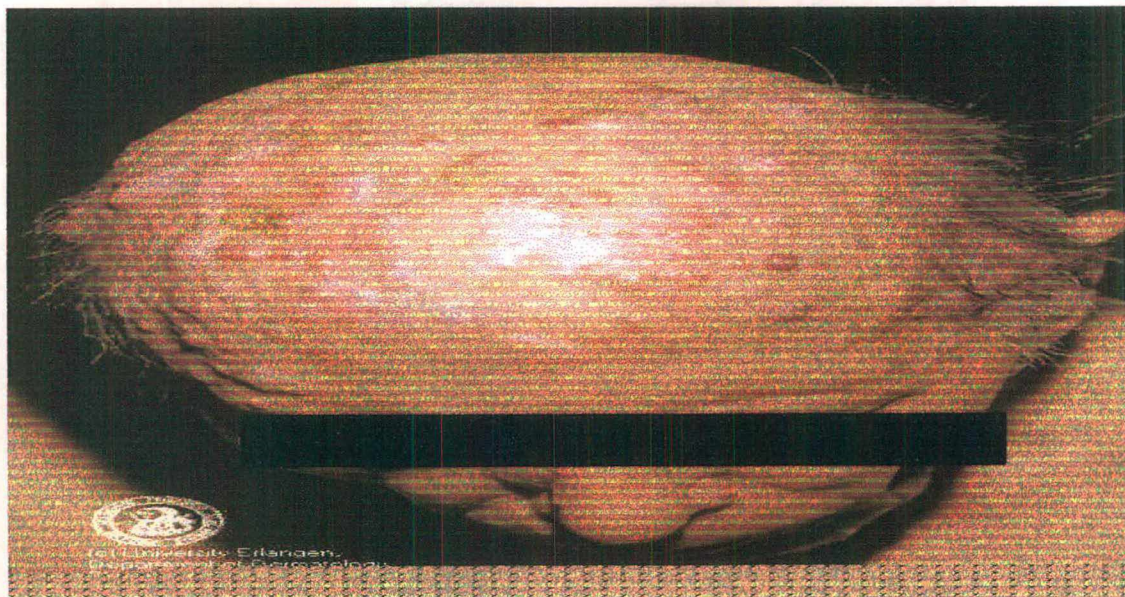


Figura 5: Paciente com cilindroma. Fonte: DOIA – Dermatology Online Atlas⁹

Tumores de Glândulas Sebáceas

Nevus sebaceus

Também chamado nevus sebaceus de Jadasshon, está presente ao nascimento como lesão única no couro cabeludo ou na face. Na infância, permanece como uma placa circunscrita, levemente elevada, papulosa, com superfície sulcada, freqüentemente de configuração linear, alopécica, de coloração amarelada e superfície macia, que na adolescência torna-se verrucosa e nodular^{6,7,8}.

É comum ocorrer, na idade adulta, desenvolvimento de vários tipos de tumores de apêndices secundariamente dentro das lesões de nevus sebaceus^{6,8}.

Alguns pacientes com nevus sebáceus extensos mostram, como evidência de uma síndrome neurocutânea, epilepsia e retardo mental^{6,8}.

O tratamento é a retirada cirúrgica, que deve ser feita preferencialmente antes da puberdade, ocasião em que a lesão aumenta de tamanho, bem como aumenta a possibilidade de transformação maligna, que ocorre em 5 a 19 % dos casos⁷.



Figura 6: Paciente com nevus sebaceus: Fonte: DOIA – Dermatology Online Atlas⁹

Hiperplasia sebácea

Consiste de pápulas de 2 a 4 mm de diâmetro, cor amarelada, consistência macia, umbilicadas, originadas de hiperplasia de glândulas sebáceas, sendo relativamente comum, surgindo em adultos além de meia-idade, raramente ocorrendo no início da idade adulta^{6,7,8}. Localiza-se na face, particularmente na fronte, sendo assintomáticas^{6,7,8}.

O tratamento, por motivos estéticos, é feito com eletrodessecação e curetagem⁷.



Figura 7: Paciente com hiperplasia sebácea. Fonte: DOIA – Dermatology Online Atlas⁹

Tumores de Glândulas Écrinas

Siringoma

O siringoma representa um tumor benigno dos canais das glândulas sudoríparas écrinas, sendo pequenas pápulas, geralmente múltiplas, de 1 a 4 mm de diâmetro, cor da pele ou ligeiramente amareladas, superfície lisa, com predileção pela região ao redor das pálpebras, mas também podendo ocorrer no couro cabeludo, pescoço, axilas, tórax ou genitália, geralmente assintomáticos^{10,14}.

Ocorre predominantemente em mulheres na segunda década de vida, sendo mais comuns em orientais e portadores da síndrome de Down¹⁰.

São descritas apresentações clínicas incomuns de siringoma: formas eruptivas, com aparecimento abrupto de múltiplas lesões em tronco superior e face de indivíduos jovens; siringomas em couro cabeludo associados à alopecia; e formas familiares de siringomas¹⁴.

No estudo imunohistoquímico há ausência de proteína S100 e do antígeno da membrana epitelial nas estruturas do siringoma, confirmando a origem ductal desse tumor¹⁴.

Até a atualidade não há descrição de degeneração maligna de siringomas¹⁴.

O diagnóstico diferencial deve ser feito com xantomas e mílios, e nas formas disseminadas com sarcoidose e sífilis secundária^{7,14}.

O tratamento, feito por motivos estéticos, tem como opções: ácido retinóico tópico, eletrocoagulação e cirurgia, todas opções com possibilidade de recorrência das lesões¹⁴.



Figura 8: Paciente com siringoma. Fonte: DOIA – Dermatology Online Atlas⁹

Poroma écrino maligno

Tumor raro, que afeta ambos os sexos igualmente¹¹. Tende a acometer faixas etárias mais elevadas¹¹. Pode desenvolver-se espontaneamente, mas geralmente ocorre a partir de um poroma écrino

existente há vários anos¹⁵. Os aspectos clínicos não são característicos, podendo apresentar-se como lesão em placa solitária de superfície verrucosa ou papilomatosa, arredondada, limites nítidos, ou como vegetações polipóides, de 2 a 10 cm, podendo ter a superfície ulcerada ou hemorrágica^{11,15}.

Em alguns casos, o poroma écrino maligno ainda está localizado; em outros casos há múltiplas metástases cutâneas, as quais usualmente estão associadas com metástases viscerais, levando o paciente a óbito¹¹. A propensão a formar múltiplas metástases cutâneas constitui uma característica exclusiva do poroma écrino maligno¹¹. As metástases cutâneas a distância não são características, mas podem assumir aspecto clínico particulares, como lesões semelhantes as de molusco contagioso, ou como nódulos superficiais com disposição zosteriforme¹¹.

O tratamento preferencial é ressecção cirúrgica, embora sejam empregados métodos como criocirurgia com nitrogênio líquido e eletrocoagulação⁶.

É um tumor sujeito a recorrências¹¹.

Carcinoma de glândulas écrinas

Podem ser divididos em dois grupos¹¹. Um grupo está relacionado com os tumores écrinos benignos, dos quais se originam por meio de degeneração maligna secundária¹¹. Nesse grupo, encontramos o poroma écrino maligno, o espiroadenoma écrino maligno, o hidroadenoma de células claras maligno e o siringoma condróide maligno¹¹. O segundo grupo compreende carcinomas écrinos primários, que incluem o tipo clássico, o tipo siringóide, o tipo mucinoso, o carcinoma anexial microcístico, o carcinoma cístico adenóide e o carcinoma papilar digital

agressivo¹¹. Ocorrem principalmente em regiões de cabeça e pescoço. São radiosensíveis, e as metástases são freqüentes, invadindo primeiramente linfonodos regionais¹¹.

Siringocistoadenoma papilífero

Tumor benigno, aparentemente um hamartoma de glândula sudorípara écrina, embora alguns autores o considerem derivado de glândula apócrina^{7,8}. Clinicamente, caracteriza-se por uma placa ou nódulo, solitário, alopecico, que aparece ao nascimento ou precocemente e que, na puberdade, cresce e adquire caráter vegetante verrucoso^{7,8}. Localiza-se preferencialmente no couro cabeludo e pescoço, sendo muito semelhante ao nevo sebáceo, com o qual se associa freqüentemente^{7,8}.

O tratamento é cirúrgico, por exérese ou eletrodessecação⁷.

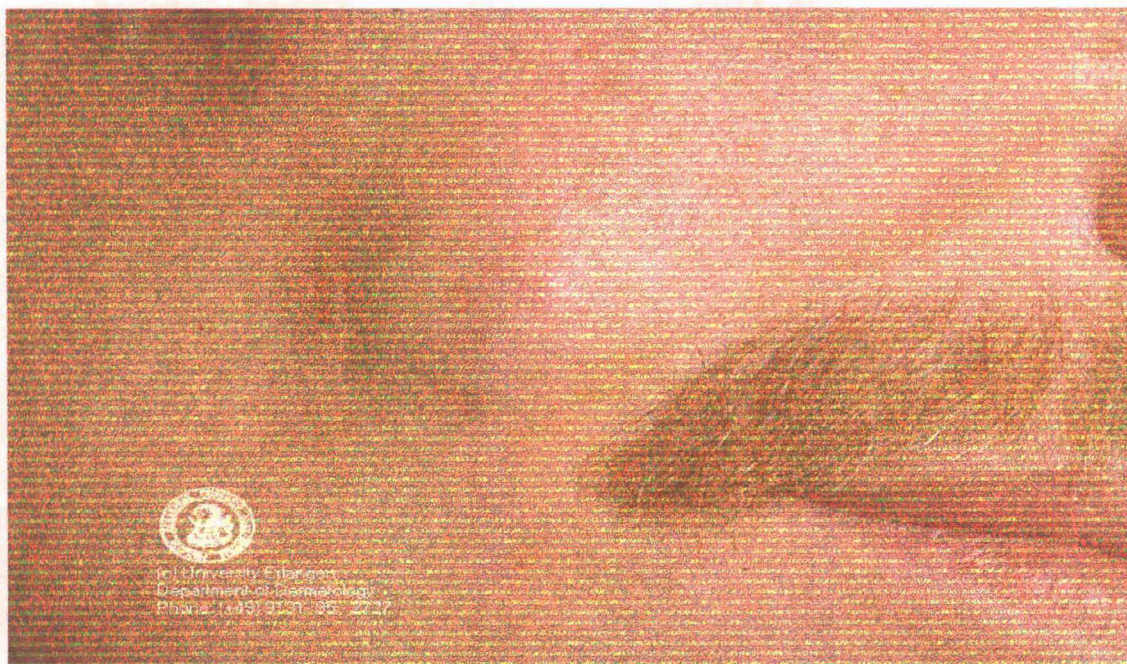


Figura 9: Paciente com siringocistadenoma papilífero. Fonte: DOIA – Dermatology Online

3. OBJETIVO

Determinar a prevalência dos tumores anexiais cutâneos no Serviço de Anatomia Patológica (SAP) do Hospital Universitário Polydoro Ernani de São Thiago (HU) da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC) e estabelecer o índice de acerto entre a hipótese clínica inicial e o resultado do exame histopatológico.

4. MÉTODO

Este trabalho consta de um estudo descritivo retrospectivo transversal.

Para a determinação da população do estudo foram avaliados um total de 5830 biópsias recebidas pelo SAP do HU da UFSC, no período de janeiro de 2000 a março de 2001. Destas, foram selecionadas 2304 biópsias de pele, totalizando o material enviado pelos serviços de Dermatologia, Cirurgia Plástica e Cirurgia Geral.

Através da revisão dos arquivos do SAP foram selecionados todos os casos de tumores anexiais cutâneos com diagnóstico confirmado pelo exame histopatológico. Subseqüentemente à seleção, foi realizado o levantamento dos prontuários fornecidos pelo Serviço de Arquivo Médico e Estatístico (SAME) do HU da UFSC, analisando-se as hipóteses clínicas pré-biópsia, tempo de evolução da lesão cutânea e sua topografia.

A título de comparação e análise dos dados, os tumores apendiculares benignos foram agrupados de acordo com a classificação baseada em um “tipo de tabela periódica” (Klimang e Pinkus)⁶, a qual foi publicada pela primeira vez em 1948 (Lever)⁶ e tem sido modificada ao longo dos anos⁶. Embora a maioria dos tumores apendiculares benignos se encaixem bem em uma das entidades desta tabela, ocasionalmente são encontrados tumores em um estágio intermediário de diferenciação. Além dos tumores benignos que se diferenciam no sentido de apêndices epidérmicos são reconhecidos quatro tipos de tumores apendiculares malignos: carcinoma de glândulas sebáceas, de glândulas sudoríparas écrinas, de glândulas apócrinas e carcinoma triquilemal⁶.

Foram analisados retrospectivamente os tumores anexiais benignos e malignos nesta amostra, sendo preenchido um protocolo (vide Apêndice 1) com dados de identificação (nome, sexo, idade no período em que foi realizada a biópsia, cor, profissão, local de nascimento e procedência); topografia, tamanho e incidência de única ou múltiplas lesões; classificação dos tumores quanto a malignidade e ao sentido de diferenciação: pilosa, sebácea, apócrina ou écrina e serviço do qual foi encaminhada a biópsia com sua hipótese diagnóstica inicial.

As variáveis categóricas foram expressas por sua frequência (número e percentual).

A variável idade subsidiou a estratificação dos pacientes por faixas etárias, a qual foi feita segundo a divisão por década.

A cor dos pacientes foi categorizada de acordo com a classificação dos tipos de pele em relação à sensibilidade e reação ao ultravioleta por Sampaio⁷ em: branca-clara (tipo I, muito sensível, sempre queima, nunca pigmenta), branca (tipo II, muito sensível, sempre queima, pigmenta pouco), morena-clara (tipo III sensível, queima e pigmenta moderadamente), morena-escura (tipo IV, pouco sensível, queima pouco, sempre pigmenta), parda (tipo V, pouquíssimo sensível, nunca queima, sempre pigmenta) e preta (tipo VI, nunca queima, sempre pigmenta)⁷.

Relativo a procedência, os pacientes foram distribuídos em 2 grupos, conforme a microrregião de origem, de acordo com os critérios do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE)¹⁶ em: Grande Florianópolis e outros.

Antes de iniciar a coleta dos dados, o projeto do trabalho foi submetido à aprovação da Comissão de Ética Médica da UFSC, com parecer favorável à sua realização (vide Apêndice 2).

Os dados obtidos foram analisados com o auxílio dos aplicativos Microsoft Excel 2000^R e Microsoft Access^R, através dos quais realizaram-se consultas ao banco de dados, as quais permitiram a descrição dos resultados na forma de texto, tabelas e gráficos.

5. RESULTADOS

Das 2304 peças intituladas como pele, encontramos 39 (1,69 %) laudos de histopatológico compatíveis com tumores anexiais, sendo oito malignos (21%) e trinta e um benignos (79%) (Figura 10).

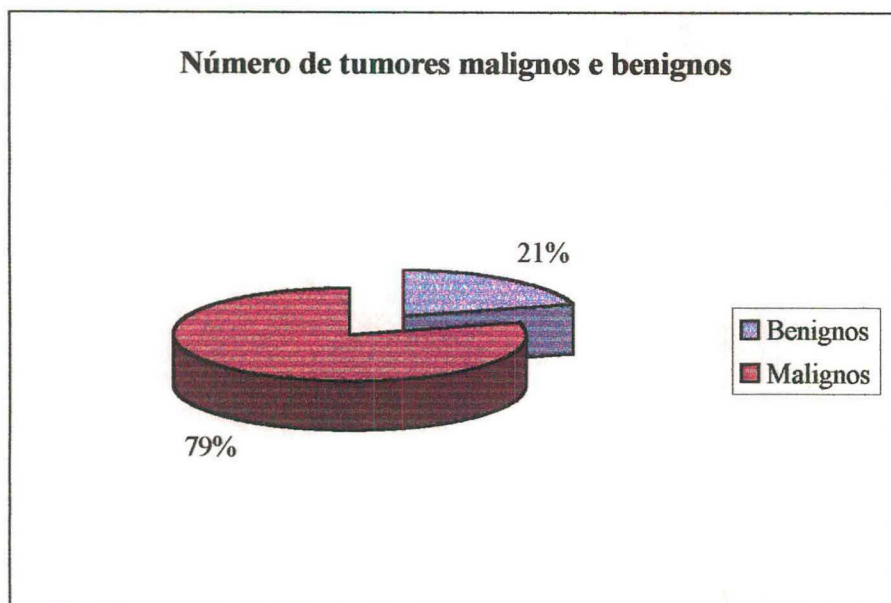


Figura 10: Distribuição dos casos segundo o número de tumores malignos e benignos.

Fonte: Ficha de cadastro de dados aplicado ao conjunto de prontuários (SAME – HU) e laudos histopatológicos emitidos pelo SAP – HU dos pacientes diagnosticados com tumores de anexos, durante o período de janeiro de 2000 a março de 2001.

Quanto ao tipo histológico os tumores distribuíram-se de acordo com a Tabela I.

Tabela I: Distribuição segundo o tipo histológico

Tumores benignos (31)	Nº de casos (n)	Tumores malignos (8)	Nº de casos (n)
Hiperplasia sebácea	9	Carcinoma triquilemal	5
Tricoepitelioma	7	Adenocarcinoma écrino	2
Pilomatricoma	5	Poroma écrino maligno	1
Nevu sebáceo	3		
Cilindroma	1		
Tricofolliculoma	1		
Siringoma	1		
Siringocistoadenoma papilífero	1		
Epitelioma Sebáceo	1		

Fonte: Ficha de cadastro de dados aplicado ao conjunto de prontuários (SAME – HU) e laudos histopatológicos emitidos pelo SAP – HU dos pacientes diagnosticados com tumores de anexos, durante o período de janeiro de 2000 a março de 2001.

Em relação ao sentido de diferenciação dos 39 tumores apendiculares avaliados foram encontrados: 20 (51%) casos com diferenciação pilosa, 13 (33%) casos com diferenciação sebácea, cinco (13%) com diferenciação écrina e um (3 %) caso com diferenciação apócrina (Figura 11).

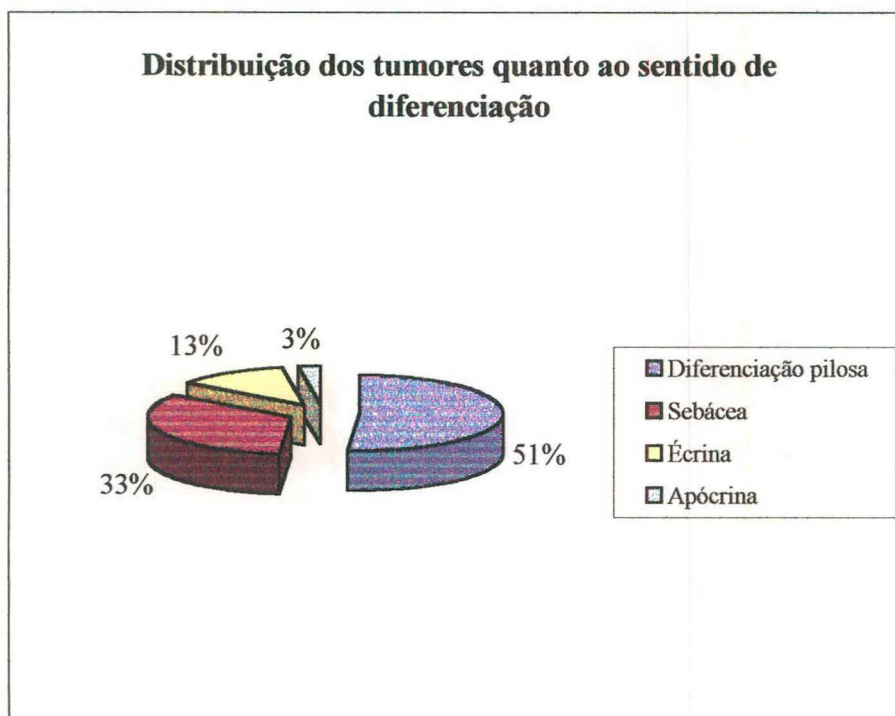


Figura 11: Distribuição dos tumores quanto ao sentido de diferenciação.

Fonte: Ficha de cadastro de dados aplicado ao conjunto de prontuários (SAME – HU) e laudos histopatológicos emitidos pelo SAP – HU dos pacientes diagnosticados com tumores de anexos, durante o período de janeiro de 2000 a março de 2001.

Foram assim avaliados 39 casos de tumores anexiais, sendo 24 mulheres e 15 homens, numa proporção de aproximadamente 1,6 mulheres para cada homem (Figura 12).

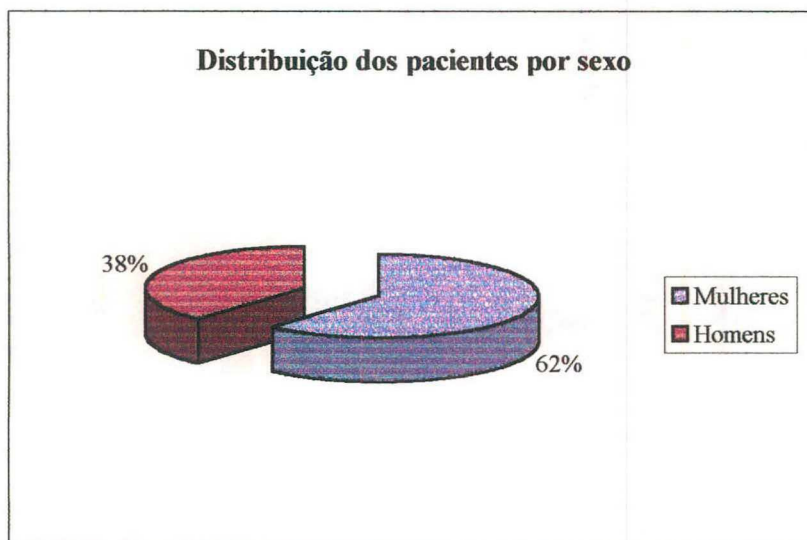


Figura 12: Distribuição dos pacientes por sexo.

Fonte: Ficha de cadastro de dados aplicado ao conjunto de prontuários (SAME – HU) e laudos histopatológicos emitidos pelo SAP – HU dos pacientes diagnosticados com tumores de anexos, durante o período de janeiro de 2000 a março de 2001.

Em relação à idade, variou de 8 a 93 anos com uma média de 51,2 anos e se distribuíram de acordo com a Figura 13.

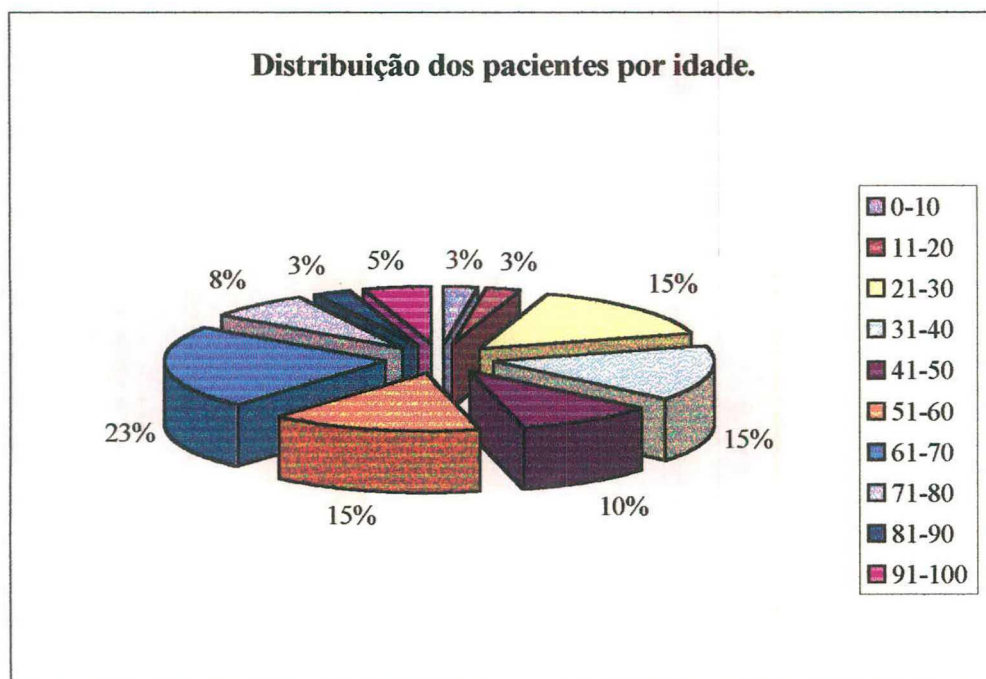


Figura 13: Distribuição dos pacientes segundo a idade.

Fonte: Ficha de cadastro de dados aplicado ao conjunto de prontuários (SAME – HU) e laudos histopatológicos emitidos pelo SAP – HU dos pacientes diagnosticados com tumores de anexos, durante o período de janeiro de 2000 a março de 2001.

Considerando-se a distribuição de homens e mulheres de acordo com a idade (Figura 14), observa-se que o pico de idade de apresentação da lesão em mulheres foi entre 61 e 70 anos e nos homens observou-se dois picos: entre 21 e 30 anos e entre 61 e 70 anos.

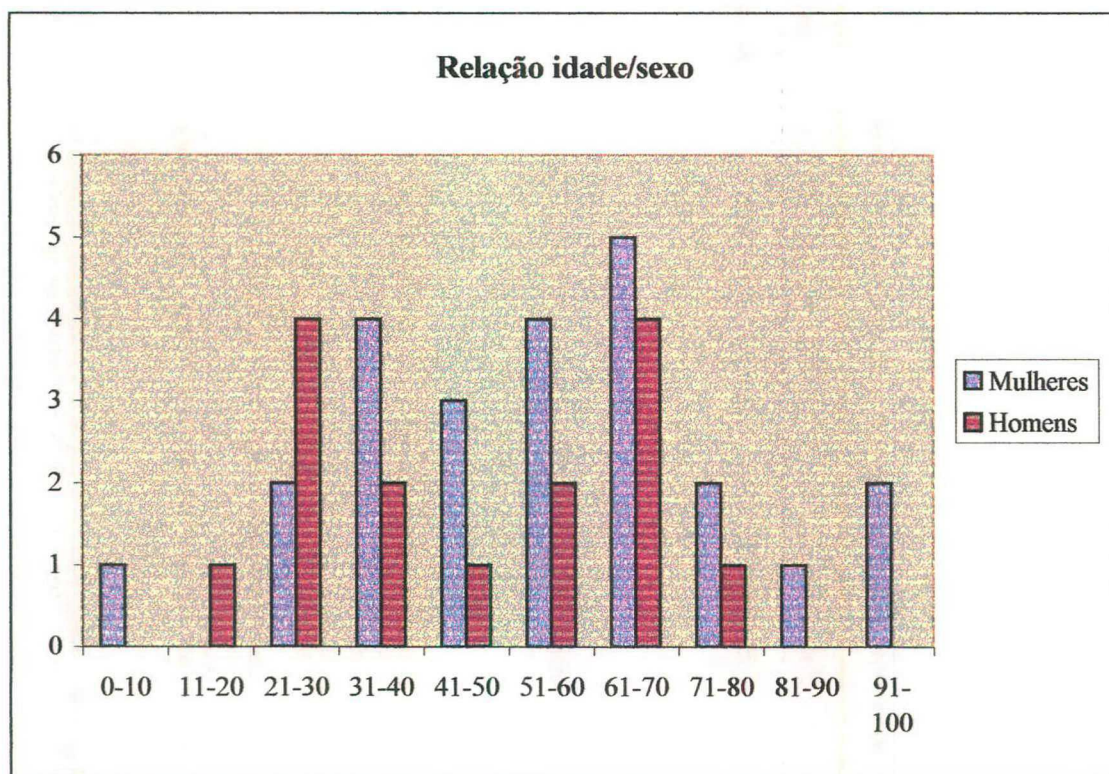


Figura 14: Distribuição dos pacientes em relação a faixa etária e o sexo.

Fonte: Ficha de cadastro de dados aplicado ao conjunto de prontuários (SAME – HU) e laudos histopatológicos emitidos pelo SAP – HU dos pacientes diagnosticados com tumores de anexos, durante o período de janeiro de 2000 a março de 2001.

A tabela II mostra a distribuição dos casos de acordo com o tipo histológico, média de idade dos pacientes e o sexo.

Tabela II: Distribuição dos casos segundo tipo histológico, média de idade e sexo

Tipo histológico	Variação de idade (Média de idade)	Masculino	Feminino	Total
Gl. Piloso				
Tricoepitelioma	28-73 (53.7)	3	4	7
Pilomatricoma	8-77 (49.6)	0	5	5
Carcinoma triquilemal	58-93 (73.7)	1	3	4
Cisto triquilemal	33-50 (51.6)	2	1	3
Tricofolliculoma	68	0	1	1
Gl. Sebácea				
Hiperplasia sebácea	24-73 (49.1)	4	5	9
Nevu sebáceo	16-46 (28.3)	1	2	3
Adenoma sebáceo	64	1	0	1
Gl. Écrina				
Adenocarcinoma écrino	62-91 (76.5)	1	0	1
Poroma écrino maligno	22	1	1	2
Siringoma	39	0	0	
Siringocistoadenoma papilífero	25	0	1	1
Gl. Apócrina				
Cilindroma	56	1	0	1
Total		15	24	39

Fonte: Ficha de cadastro de dados aplicado ao conjunto de prontuários (SAME – HU) e laudos histopatológicos emitidos pelo SAP – HU dos pacientes diagnosticados com tumores de anexos, durante o período de janeiro de 2000 a março de 2001.

Quanto à cor da pele dos pacientes, a que mais prevaleceu foi a branca, encontrada em 37 pacientes. Um paciente apresentava cor preta e um, cor parda (Figura 15).

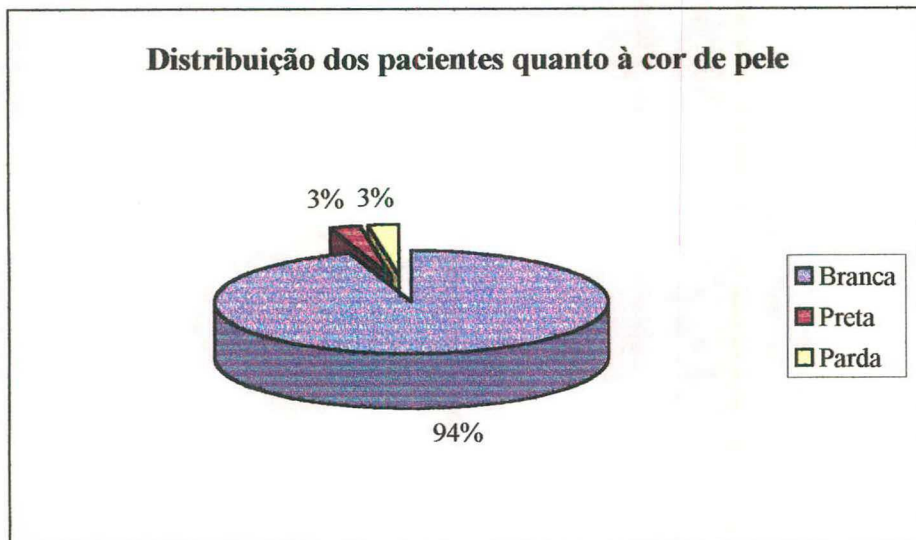


Figura 15: Distribuição dos pacientes quanto à cor de pele.

Fonte: Ficha de cadastro de dados aplicado ao conjunto de prontuários (SAME – HU) e laudos histopatológicos emitidos pelo SAP – HU dos pacientes diagnosticados com tumores de anexos, durante o período de janeiro de 2000 a março de 2001.

A grande maioria dos pacientes era procedente da Grande Florianópolis (46%).

Tabela III: Distribuição dos pacientes segundo a procedências

Cidade	Número (n)	Percentual (%)
Florianópolis	14	36%
Outras cidades da Grande Florianópolis ¹	4	10%
Outras cidades ²	21	54%
Total	39	100%

Fonte: Ficha de cadastro de dados aplicado ao conjunto de prontuários (SAME – HU) e laudos histopatológicos emitidos pelo SAP – HU dos pacientes diagnosticados com tumores de anexos, durante o período de janeiro de 2000 a março de 2001.

¹ Angelina, Antonio Carlos, Biguaçu, Palhoça, Paulo Lopes, Santo Amaro da Imperatriz, São José e São Pedro de Alcântara.

² Cidades com (n) <2.

Em relação a localização e o tipo histológico, os tumores distribuíram-se de acordo com a Tabela IV.

Tabela IV: Distribuição dos casos segundo localização e tipo histológico.

Tipo histológico	Total					Membro inferior	Tronco	Total
	Face	Couro cabeludo	Nariz	Lábio	Membro superior			
GL. Pilosa								
Tricoepitel ioma	5	0	2	0	0	0	0	7
Pilomatric oma	1	0	0	0	0	2	2	5
Carcinoma triquilemal	3	1	0	0	0	0	0	4
Cisto triquilemal	0	3	0	0	0	0	0	3
Tricofolicu loma	0	0	0	1	0	0	0	1
GL. Sebácea								
Hiperplasia sebácea	4	0	4	0	1	0	0	9
Nevu sebáceo	1	2	0	0	0	0	0	3
Adenoma sebáceo	0	0	1	0	0	0	0	1
GL. Écrina								
Adeno carcinoma écrino	0	0	1	0	0	0	1	2
Poroma écrino maligno	1	0	0	0	0	0	0	1

Siringoma	1	0	0	0	0	0	0	1
Siringocist oadenoma papilífero	0	1	0	0	0	0	0	1
Gl. Apócrina								
Cilindroma	1	0	0	0	0	0	0	1
Total	17	7	8	1	1	2	3	39

Fonte: Ficha de cadastro de dados aplicado ao conjunto de prontuários (SAME – HU) e laudos histopatológicos emitidos pelo SAP – HU dos pacientes diagnosticados com tumores de anexos, durante o período de janeiro de 2000 a março de 2001.

No que se refere ao tamanho das lesões, foi observado que ela variou de 0.3 a 5.5 cm.

Tabela V: Correlação do tamanho da lesão com tipo histológico.

Tipo histológico	Tamanho (cm)	Média de tamanho
Gl. Pilosa		
Tricoeptelioma	0.3-2.0	0.91
Pilomatricoma	0.6-1.5	0.96
Carcinoma Triquilemal	1.3-5.5	2.72
Cisto Triquilemal	0.8-2.3	1.53
Tricofolículo	0.3	0.3
Gl. Sebácea		
Hiperplasia Sebácea	0.2-2.0	0.71
Nevus Sebáceo	0.4-2.5	1.1
Adenoma Sebáceo	1.0	1.0
Gl. Écrina		
Adenocarcinoma écrino	1.2-2.5	1.85
Poroma écrino maligno	2.1	2.1
Siringoma	0.3	0.3
Siringocistoadenoma papilífero	4.0	4.0
Gl. Apócrina Cilindroma	1.0	1.0

Fonte: Ficha de cadastro de dados aplicado ao conjunto de prontuários (SAME – HU) e laudos histopatológicos emitidos pelo SAP – HU dos pacientes diagnosticados com tumores de anexos, durante o período de janeiro de 2000 a março de 2001.

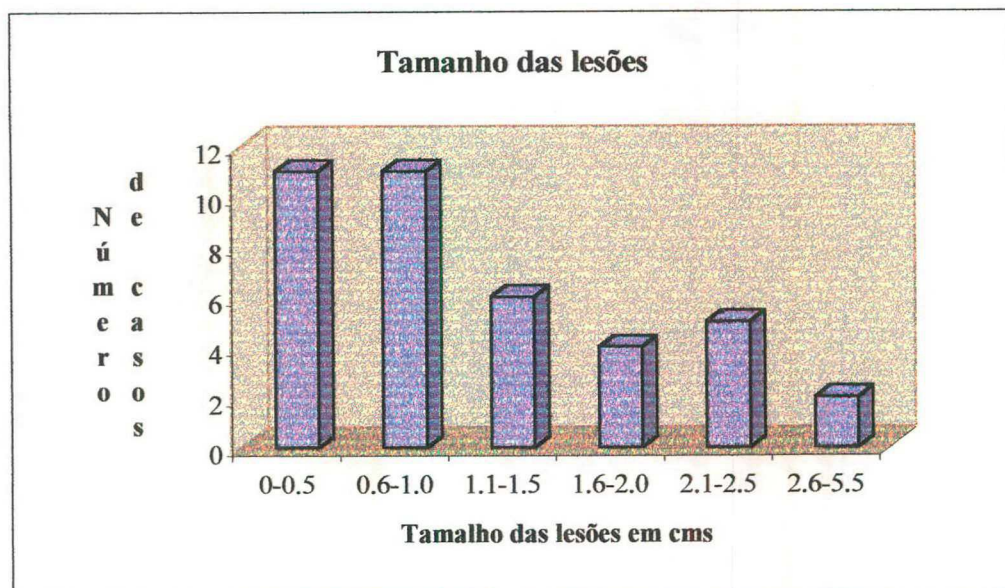


Figura 16: Tamanho das lesões

Fonte: Ficha de cadastro de dados aplicado ao conjunto de prontuários (SAME – HU) e laudos histopatológicos emitidos pelo SAP – HU dos pacientes diagnosticados com tumores de anexos, durante o período de janeiro de 2000 a março de 2001.

Quanto à lesão observamos que dos 39 casos, 27 apresentavam lesões solitárias e destas, 23 eram lesões benignas e 4 eram lesões malignas.

Quanto ao tempo de evolução da lesão, a informação foi obtida somente em 22 pacientes, e variou de 3 meses até 25 anos, com uma média geral de cinco anos e quatro meses.

A hipótese diagnóstica correta foi feita em sete casos (17,9%), sendo que seis destas hipóteses partiram do serviço de dermatologia e um do serviço de clínica cirúrgica. O erro diagnóstico mais comum foi feito com Carcinoma Basocelular (53,8%) seguido do Carcinoma Espinocelular (12,8%), Cisto epidermóide (10,2%), Cisto sebáceo (7,6%) e Melanoma (5,1%).

Tumor de Folículo Piloso

Os tumores de folículos pilosos acometeram 20% do total de tumores anexias cutâneos. O tricoepitelioma foi, dentre os tumores com

diferenciação pilosa o mais freqüente num total de 7%, sendo que 4 eram mulheres e 3 homens. A idade variou de 28 a 73 anos com uma média de 53,7 anos. Dentre estes tumores, quatro apresentaram-se como lesão única, e três como lesões múltiplas, todas em face e com diâmetro menor que 2cm. Carcinoma basocelular foi a hipótese diagnóstica clínica principal em todos os casos.

O pilomatricoma foi observado em cinco casos, num total de 25% dos tumores pilosos e 13% do total de tumores de anexos. Todos os casos de pilomatricoma eram pacientes do sexo feminino, com a idade variando de 8 a 77 anos, com uma média de 49,6 anos. A lesão foi solitária em todos os casos, variando de 0,6 a 1,5 cm de dimensão com uma média de 0,96 cm. Dos cinco casos, dois tiveram pilomatricoma como hipótese diagnóstica inicial.

Quatro casos de carcinoma triquilemal foram vistos em nosso estudo, sendo três mulheres e um homem, com uma média de idade de 73,7 anos. O tumor foi único em apenas um destes casos, localizando-se em couro cabeludo e com lesão excisada medindo 5.5, 4.0 e 0.5 cm. Os outros três casos apresentavam múltiplas lesões, acometendo a face e apresentando dimensão de 1.3 a 2.5 cm. Carcinoma espinocelular foi hipótese clínica presente em todos casos.

Observou-se três casos de cisto triquilemal e um caso de tricotofolículo. Este último em uma paciente de 68 anos, com um tempo de evolução de aproximadamente dois anos, sendo a lesão solitária, em lábio, medindo 0.3 cm em seu maior diâmetro e tendo como hipótese diagnóstica de: carcinoma basocelular, nevu recidivante ou cicatriz. Os cistos triquilemais apresentavam-se como múltiplos nódulos em couro cabeludo em pacientes com a idade variando de 33 a 50 anos com uma

razão de ocorrência de 2:1 homens em relação às mulheres, tendo hipótese diagnóstica inicial de cisto sebáceo ou cisto triquilemal em todos os casos.

Tumores de Glândulas Sebáceas

De um total de 39 casos de tumores de anexos encontrou-se 13 tumores com diferenciação sebácea, sendo que dentre estes a hiperplasia sebácea é o seu representante mais freqüentemente encontrada em 23% (9) do total de tumores anexiais. Em relação ao sexo os pacientes que apresentavam hiperplasia sebácea tiveram uma razão de 5:4 mulheres em relação aos homens e a idade variou de 24 a 73 anos com uma média de 49,1 anos. As lesões acometeram predominantemente a face (oito casos) sendo que em apenas um caso ocorreu múltiplas lesões em região axilar com 0.5, 0.5 e 0.5 de dimensões da excisão. O diagnóstico pré-biópsia variou bastante, sendo que em apenas um caso correspondeu com diagnóstico histopatológico.

O segundo tumor mais freqüente encontrado foi o nevo sebáceo com três casos, sendo que a lesão foi única em todas as ocorrências. O tumor foi encontrado em couro cabeludo e observado desde o nascimento em dois casos. No outro caso observado, era uma paciente de 46 anos com lesão solitária em face com uma história clínica de um ano. Dos três pacientes a hipótese clínica inicial foi compatível com diagnóstico histopatológico em dois casos.

O adenoma sebáceo foi encontrado em apenas um paciente de 64 anos com uma lesão única de em média dois anos em face onde foi excisado um nódulo com 1.0, 0.5 e 0.4 de dimensão e teve hipótese inicial de carcinoma basocelular e nevo dérmico.

Tumores de Glândulas Écrinas

Um total de cinco (13%) casos de tumores originados de glândulas écrinas foi observado, dentre estes três são malignos. Dois dos tumores malignos foram adenocarcinoma écrino e um deles ocorreu em uma paciente de 91 anos com uma lesão única em dorso nasal medindo 2.5 cm em sua maior dimensão e com tempo de evolução de três meses, sendo que o seu diagnóstico clínico inicial foi interrogado entre carcinoma basocelular, ceratoacantoma, melanoma ou hemangioma. O outro caso foi de um paciente de 62 anos com uma história de uma lesão em região cervical há cinco anos aproximadamente e teve como hipótese inicial de lipoma.

O segundo tipo histológico encontrado dentro dos tumores malignos foi o Poroma écrino maligno, cujo nódulo de 2.1 cm em face acometia uma paciente de 22 anos.

Os representantes benignos dos tumores écrinos foram o siringoma e o Siringocistoadenoma papilífero. O siringoma foi observado em uma paciente de 39 anos com lesão solitária de 0.3cm em região periorbitária e teve com diagnóstico clínico inicial carcinoma basocelular. Já o siringocistoadenoma papilífero apresentou se como lesão desde o nascimento em paciente feminina de 25 anos com 4.0 cm de dimensão. Teve como hipótese clínica nevo sebáceo.

6. DISCUSSÃO

Os tumores primários da pele são histologicamente diversos, e os tumores de apêndice epidérmico formam a maior categoria¹⁷. Segundo Julian, C. G. e Bowers, P. W.¹⁸ um cuidadoso exame clínico e um alto índice de suspeição resulta em um correto diagnóstico e apropriado tratamento para os tumores anexiais¹⁸.

Neste estudo descritivo e transversal, objetivou-se determinar a frequência de tumores de apêndices epidérmicos entre 2304 biópsias analisados no SAP do HU. O total de tumores observado nestas biópsias foi similar ao reportado em outros trabalhos, apesar de ser difícil comparar a prevalência entre séries de diferentes autores pela heterogeneidade das populações.

Barr R.J.¹⁹ relatou uma frequência de 5% de tumores de anexos dentre a biópsias recebidas na unidade de dermatologia¹⁹. Jayalakshmi, P.e Looi, L.M.¹⁷ avaliaram 95150 biópsias, destas 3429 eram biópsias de pele. Encontraram um total de 112 casos de tumores anexiais representando 1,17 tumores anexiais por 1000 biópsias e 3,3% do total de biópsias de pele. Do total de casos de tumores de anexos 95,5% eram benignos¹⁷. Nesse trabalho 39 casos de tumores de anexos foram diagnosticados, num total de 6,68 tumores anexiais por 1000 biópsias e 1,69% do total de biópsias de pele, destes 31 (79%) eram benignos.(Figura 10)

Baseado na literatura, parece que as neoplasias de folículo piloso representam a categoria histopatológica mais frequente, especialmente se o pilomatricoma está incluído²⁰, fato observado por Jayalakshmi, P.e Looi,

L.M.¹⁷ e por Marrogi, A.J.; Wick, M. R.; Dehner, L. P.²⁰. Foi constatado, nesse trabalho, um total de aproximadamente 51% de tumores com diferenciação pilosa.(Figura 11)

Segundo por Marrogi, A.J.; Wick, M. R.; Dehner, L. P. et al.²⁰ um dos achados mais notáveis foi a predominância feminina (82%) entre os tumores de anexo. Em nossa amostra foi observado que dos tumores diagnosticados pelo SAP 62% eram mulheres, com uma proporção de mulheres:homens de 1,6:1. (Figura 12) Esses achados são condizentes com o trabalho de Jayalakshmi, P.e Looi, L.M.¹⁷ que também observou uma prevalência feminina na razão de 1.0:1.5 homens em relação às mulheres.

Jayalakshmi, P.e Looi, L.M.¹⁷ constataram que a idade dos pacientes variou de 1 a 84 anos com uma média de 29,8 anos e posteriormente correlacionaram a média da idade com o tipo histológico e o sexo. Relataram que nos tumores de folículo piloso a média de idade foi de 27,4 anos, nos de diferenciação écrina foi de 33,8 anos, apócrina 31 anos, sebácea 45,4 anos e que o sexo feminino predominou em todos os tipos histológicos¹⁷. Nessa pesquisa, a idade variou de oito a 93 anos, com uma média de 51,2 anos e, separadamente em cada tipo histológico, a média de idade foi de: 59,3 nos tumores de folículo piloso, 47,1 nos tumores de origem sebácea, 40,6 nos de origem écrina e 56 nos tumores de origem apócrina. Observou-se uma predominância feminina em todos os tipos histológicos, exceto nos de origem apócrina em que encontrou-se apenas um caso, em sexo masculino, totalizando assim 100% de prevalência masculina dentre este tipo histológico de tumor de anexo.(Tabela II)

Marrogi, A.J.; Wick, M. R.; Dehner, L. P.²⁰ revelaram uma predileção para os tumores de anexos localizarem se nas regiões da cabeça e nariz. No presente estudo constatou-se uma maior frequência de tumores

localizados nestas regiões (79,5% em cabeça e nariz) (Tabela IV). Isto está de acordo com o encontrado em outros trabalhos^{17,20}. A predileção por estes locais é mais provável devido ao fato de o número de glândulas pilossebáceas na pele da face ser mais freqüente que em outras partes do corpo²⁰.

Segundo Marrogi, A.J.; Wick, M. R.; Dehner, L. P.²⁰ o tamanho da lesão variou de 0,1 a 2,5cm na maior dimensão. Os tumores apresentavam-se como lesões de 0,1 a 7cm no trabalho de Jayalakshmi, P.e Looi, L.M.¹⁷ e de 0,3 até 5,5 cm nesse trabalho. (Tabela V e Figura 16)

Com relação a freqüência de lesões solitárias ou múltiplas, Wong, T.Y.; Suster, S.; Cheek, R. F.; et al²¹ reportaram que todos os tumores por eles observados apresentavam-se como lesões solitárias. Jayalakshmi, P.e Looi, L.M.¹⁷ relataram uma prevalência de 93% de tumores solitários. Marrogi, A.J.; Wick, M. R.; Dehner, L. P.²⁰ avaliou 28 casos de tumores de anexos em crianças e jovens, encontrando um total de 19 pacientes com lesão solitária e nove com tumores múltiplos. Nessa amostra, dos 39 casos analisados, 69,2% apresentavam-se como lesão solitária.

Marrogi, A.J.; Wick, M. R.; Dehner, L. P.²⁰ avaliaram o tempo de evolução em 19 casos, dentre 28 casos de tumores anexiais em seu estudo, e observaram que o intervalo entre o aparecimento da lesão cutânea e a realização da biópsia variou de dois meses a 20 anos. Jayalakshmi, P.e Looi, L.M.¹⁷ observaram um intervalo de dois meses a 15 anos, dentre 91 casos avaliados. Nesse estudo, o tempo de evolução variou de três meses a 25 anos, nos 22 casos analisados.

Segundo Julian, C. G. e Bowers, P. W.¹⁸, apenas 54 (21%) dos 209 casos de pilomatricoma têm sido diagnosticados corretamente antes da biópsia, resultando em desnecessária ampla cirurgia. O mais comum erro diagnóstico foi com o cisto epidermóide (38%). Nesse estudo, dos cinco

casos de pilomatricoma, dois tiveram hipótese diagnóstica correta e dentre os outros três em que a hipótese não concordou com o resultado, encontramos como hipóteses principais: carcinoma basocelular e cisto epidermóide.

Sanchez, M. C.; Lopez, V. M.; Carrasco, O.; et al¹⁴ analisaram sete casos de siringoma e observaram que os diagnósticos foram de: xantoma em cinco casos e millium em dois casos. Nessa pesquisa, o único caso de siringoma foi diagnosticado clinicamente como carcinoma basocelular. Dos sete (17,9%) casos diagnosticados corretamente nesse estudo encontramos: dois casos de pilomatricoma, dois casos de nevo sebáceo, um caso de hiperplasia sebácea e dois casos de cisto triquilemais; confirmando a dificuldade diagnóstica encontrada na literatura.

Tumor de glândula Pilosa

Em relação ao tricoepitelioma, segundo Gray, H. R. e Helwig, E. B.²², a forma solitária ocorreu mais comumente do que tricoepiteliomas múltiplos, apresentavam-se usualmente com menos de 2cm de diâmetro e a face foi a localização mais freqüentemente encontrada. Osguthorpe, J. D. e Calcaterra, T. C.²³ constatou em seu estudo que o cirurgião apresenta constantemente problemas com a diferenciação clínica entre o tricoepitelioma e o carcinoma basocelular. No presente estudo, foram encontrados sete casos de tricoepitelioma, destes quatro apresentavam-se como lesão única, sendo todas as lesões menores de dois cm na face. Com relação a hipótese diagnóstica clínica o Carcinoma basocelular foi a principal em todos os casos, concordando com a literatura.

Pilomatricoma ocorreu principalmente como lesão solitária na cabeça, nariz ou extremidades. É um tumor relativamente incomum (um

caso para 824 biópsias de pele) e a razão de mulheres:homens foi de 3:2, como relatado por Moehlenbeck, F.W.²⁴ e por Wood MG, Parhizgar B, Berman H.²⁵ Confirmando os dados da literatura, nesse estudo, observamos que todos os casos de pilomatricoma foram lesões solitárias em indivíduos do sexo feminino e encontramos duas lesões em membros inferiores, duas em tronco e uma lesão em face.

A primeira descrição de carcinoma triquilemal (TLC) foi publicado numa revisão de Heddington, J. T.²⁶ e apenas poucos casos têm sido descritos²⁶. Boscaine, A.; Terracciano, L. M.; Donofrio, V.; et al.¹³ realizou um estudo de sete casos de TLC, no qual observou que estes tumores ocorreram em pacientes de meia idade e idosos (média de 73 anos), localizavam-se preferencialmente em cabeça e nariz e o tempo de evolução variou de dois meses a quatro anos. Nesse trabalho, foram diagnosticados quatro casos de TLC, sendo que a média de idade foi de 73,7 anos e três destes tumores localizavam-se na face. O tempo de evolução foi constatado em apenas um paciente, sendo de quatro anos.

Pinkus, H. e Sutton, R. L. J. R.²⁷ descreveram o tricotriculoma como lesão solitária que ocorre em adultos, geralmente na face, mas ocasionalmente no couro cabeludo ou no pescoço. O único caso relatado nesse estudo foi de uma mulher de 68 anos com uma lesão única em lábio; dados também relatados na literatura.

Korting, G. W. e Hoede N.²⁸ observaram que os cistos triquilemais apresentaram-se como lesões múltiplas e que possuem predileção pelo couro cabeludo, ainda que possam ocorrer, ocasionalmente, na face, pescoço e tronco. Foi constatado nessa pesquisa, um total de três casos de cistos triquilemais, sendo que todos eram no couro cabeludo e com múltiplos nódulos.

Tumor de glândula Sebácea

Jayalakshmi, P.e Looi, L.M.¹⁷ avaliaram um total de 112 casos de tumores de anexos, destes cinco apresentavam diferenciação sebácea. Nessa casuística observamos 13 casos de tumores de glândulas sebáceas dentre 39 estudados. Villez, R. L. e Roberts, L.²⁹ definiram a hiperplasia sebácea como lesão que ocorre na face, principalmente na testa e bochechas, em pessoas de meia idade. Concordando com esta definição encontramos em 89% dos casos lesão em face e a média de idade foi de 49,1 anos.

Segundo Cribier, B.; Scrivener, Y.; Grosshan, E.; et al.³⁰ um total de 596 casos de nevos sebáceos foram analisados sendo 290 mulheres e 306 homens, com uma média de idade de 25,4 anos sendo o local mais comum o couro cabeludo 49,8%. Chen, M.J.; Chan, H. L.; Ruan, Y. C.³¹ em um estudo de 109 casos de nevos sebáceos relataram uma prevalência de 48 homens e 56 mulheres, média de idade de 23,5 anos, sendo o local mais comum o couro cabeludo (70%), seguido de face (26%). Nessa amostra, analisamos três casos de nevo sebáceo apresentando uma razão de três mulheres para cada homem, a média de idade foi de 28,3 anos e duas das lesões acometeram couro cabeludo e uma lesão acometeu a face.

Dinneen, A. M. e Mehregan, D. R.³² avaliaram 21 casos de epitelioma sebáceo e puderam observar que estes acometeram mais freqüentemente a face e o nariz. Nessa casuística relatamos apenas um caso de adenoma sebáceo em face.

Tumor de glândula Écrina

Jayalakshmi, P.e Looi, L.M.¹⁷ encontrou um total de 31 casos (27,6%) de tumores de glândulas écrinas dentre os 112 casos estudados. Nesse estudo, 13% dos analisados apresentavam diagnóstico de tumor com diferenciação écrina.

Segundo Mehregan A. M.; Hashimoto, K.; Homayon Rahbari³³ os adenocarcinomas de glândulas écrinas são raros. Eles ocorreram em aproximadamente um caso por 13.000 biópsias recebidas no laboratório de dermatopatologia. Clinicamente, apresentam-se como uma lesão singular, geralmente nas extremidades ou na cabeça; menos comumente, é encontrado no tronco. A lesão pode crescer rapidamente, alcançando um cm em poucos meses, ou pode crescer lentamente e não atingindo este tamanho em vários anos. A idade de predileção é entre 50 e 80 anos³³. Nesse trabalho, observamos que os dois casos encontrados de adenocarcinoma écrino a lesão encontrava-se em face ou região cervical. Seu tempo de evolução variou de três meses a cinco anos e a média de idade foi de 76,5 anos, correspondendo com os dados encontrados na literatura³³.

Baptista, P. A; Tellechea, O.; Reis, J. P. et al.¹⁵ observaram que o porocarcinoma écrino surgiu, em geral, entre 12 e 91 anos; particularmente em mulheres e a lesão variando entre 0,5 a 2,0cm de diâmetro. Concordando com a literatura encontramos em nosso estudo, um caso de poroma écrino maligno em uma mulher de 21 anos, cujo nódulo apresentava-se com 2,1cm de diâmetro.

Sanchez, M. C.; Lopez, V. M.; Carrasco, O.; et al¹⁴ avaliaram sete casos de siringoma em 71,4% eram do sexo feminino, a idade variou de 16 a 52 anos e quatro dos sete casos analisados apresentavam lesões

exclusivamente em pálpebras. De acordo com o observado na literatura, nesse trabalho, tivemos um caso de siringoma em paciente feminina de 39 anos com lesão em região periorbitária.

Segundo Helwig e Hackney³⁴ o siringocistoadenoma papilífero foi encontrado mais comumente no couro cabeludo ou na face; entretanto em cerca de um quarto dos casos, foi visto em outras localizações. Em geral, foram notados pela primeira vez ao nascimento ou no começo da infância.³⁴ Nessa pesquisa, encontrou-se um caso de siringocistoadenoma papilífero em um indivíduo do sexo feminino com uma lesão desde o nascimento em couro cabeludo, o que também se constata na literatura.

Tumor de glândula Apócrina

Crain e Helwig³⁵ relataram que o cilindroma ocorreu mais freqüentemente como lesão solitária, que como lesão múltipla e essas começaram a aparecer no início da vida adulta. Kleine-Natrop³⁶ observou que os casos com múltiplas lesões ocorrem principalmente no couro cabeludo, já os casos com lesões solitárias acometeram a face, e, em casos raros, o tronco e as extremidades. De acordo com a literatura, observamos um caso de cilindroma em indivíduo de 56 anos com uma lesão única em face.

O presente trabalho procurou chamar a atenção para os tumores de anexos epidérmicos. O principal fator limitante que impediu um maior delineamento dos tumores anexiais, foi a pequena casuística. Outros dados que poderiam ser mais bem explorados no protocolo utilizado, se as informações a seu respeito estivessem contidas em prontuários devidamente preenchidos. Finalmente, espera-se que este trabalho possa servir de alerta para o conhecimento dos tumores de anexo epidérmico.

7. CONCLUSÕES

1. Há uma significativa maior prevalência de mulheres com tumores de anexo epidérmico.(62%)
2. As localizações mais freqüentes observadas na amostra são: cabeça e nariz.(79,5%)
3. Há uma maior prevalência de tumores com diferenciação no sentido de estruturas pilosas na amostra (51%).
4. Observou-se um baixo índice (17,9%) de concordância entre a hipótese clínica e o diagnóstico anatomopatológico.
5. Embora os tumores anexiais sejam raros deve-se promover seu conhecimento dado sua freqüente confusão com outros processos e por existirem representantes malignos.
6. Um cuidadoso exame dermatológico conduzirá para um aumento da acurácia diagnóstica e um apropriado tratamento para os tumores anexias.

7. Estudos posteriores devem ser realizados em populações maiores de pacientes para que se estabeleça a real prevalência dos tumores de anexos epidérmicos.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Elder D: *Lever's Histopathology of the Skin*. Philadelphia: Lippincott-Raven, 1997.
2. Ramzi S Cotran, MD; Vinay Kumar, MD; Stanley Robbins, MD; Frederick J. Schoen, M.D. *Patologia Estrutural e Funcional*. 5ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan. 1996.
3. Hurt MA, Sant Cruz DJ, Adnexal tumors. In: Fletcher CDM editors. *Diagnostic histopathology of tumors*. Edinburg: Churchill Livingstone, 1995. p. 976-997.
4. George F., Murphy, MD, David E, Elder, MB, ChB., FRCP. *Non-Melanocytic Tumors of the skin*. Published by the Armed Forces Institute Pathology, Washington, D.C. Accepted for Publication, 1990. p. 61-65.
5. Starink, TM. The cutaneous pathology of cutaneous lesions of Cowden's disease: New Findings. *J. Cutan. Pathol.* 11: 331, 1984.
6. Lever, WF, Lever, GS. *Histopatologia da pele*, 7ª edição. Volume 2. São Paulo: Mande LTDA, 1991.
7. Sampaio SAP, Rivitti, EA. Cistos e neoplasias. In: *Dermatologia*. 1ª edição. São Paulo: Artes médicas; 1998. p. 821-832.
8. Hashimoto, K. and Lever, WF. Tumors of skin appendages. In: *Dermatologia – Atlas e texto*. 3th ed. Santiago: McGraw-Hill Interamericana Del Chile; 1998. p. 890-913.
9. DOIA – Dermatology Online Atlas
(http://dermis.net/bilddb/index_e.htm)

10. Du Vivier, Anthony. Atlas de dermatologia clínica. 2ª ed. São Paulo: Mande LTDA; s.d.
11. Neves, René Garrido, Talhari, Sinésio, Lupi, Omar. Câncer da pele. Rio de Janeiro: Medri; 2001.
12. Swanson PE, Marrogi AJ, Williams DJ, Cherwitz DL, Wick MR. Tricholemmal carcinoma: clinico pathologic study of 10 case. J. Cutan Pathol, 1992; 19(2): 100-9.
13. Boscaino A, Terracciano LM, Donofrio V, Ferraro G, De Rosa G. Trycholemmal carcinoma: study of seven cases. J Cutan Pathol, 1992; 19(2): 94-9.
14. De Miguel Sanchez C, Lopez Romero M, Olmos Carrasco O, Gilben L Moral, Castillo, Alonso P, et al. Syringomas. Presentacion of 7 cases. Aten Primaria, 1995; 15(5): 309-12.
15. Poiares Baptista A, Tellechea O, Reis JP, Cunha MF, Figueiredo P. Eccrine porocarcinoma. A review of 24 cases. An Dermatol Venereal 1993; 120(1): 107-15.
16. Divisão territorial com indicação de mesorregiões e microrregiões geográficas em municípios de Santa Catarina de pesquisa do Estado de SC.IBGE; 1997.
17. Jayalakshmi P, Looi LM. Cutaneous adnexal neoplasms in biopsy specimens processed in the Department of Pathology, University of Malaya. Ann Acad Med, Singapore, 1996; 25(4): 522-5.
18. Julian CG, Bowers PW. A clinical review of 209 pilomatricomas. J An Acad Dermatol 1998; 39: 191-5.
19. Barr RJ. Adnexal neoplasms: introduccion, comments, and controversies. J. Cutan Pathol 1984; 11: 347-9.

20. Marrogi AJ, Wick MR, Dehner LP. Benign cutaneous adnexal tumors in childhood and young adults, excluding pilomatrixoma: review of 28 cases and literature. *J Cutan Pathol* 1991; 18: 20-7.
21. Wong TY, Suster S, Cheek RF, Mihm MC. Benign cutaneous adnexal tumors with combined folliculosebaceous, apocrine and eccrine differentiation. Clinicopathology and immunohistochemical study of eight case. *Am J. Dermatopathol* 1996; 18: 124-36.
22. Gray HR, Helwig EB: Epithelioma adenoids apticum e solitary trichoepithelioma. *Arch dermatol* 1963; 87: 102-14.
23. Osguthorpe JD, Calcaterra TC. Trichoepithelioma: report of and unusual case and review of the literature. *Head neck surg* 1979; 1: 461-4.
24. Moelenbeck FW. Pilomatrixoma (calcifying epithelioma) *Arch dermathol* 1973; 108: 532-34.
25. Wood MG, Parhizgar B, Berman H. Malignant pilomatricoma. *Arch Dermathol* 1984; 120: 770-73.
26. Headington JT. Tumors of the hair follicle. A review. *Am J Pathol* 1976; 85: 480.
27. Pinkus H, Sutton RLJR. Trichofolliculoma. *Arch dermathol* 1965; 91: 46-49.
28. Korting GW, Hoede N. Pilar tumor of the scalp. *Arch Dermathol* 1969; 234: 409-19.
29. De Villez RL, Roberts Le. Premature sebaceous gland hiperplasia. *J Am Acad Dermathol* 1982; 6: 933-35.
30. Cribier B, Scrivener Y, Grosshans E. Tumors arising in nevous sebaceus: a study of 596 cases. *J. Am Acad Dermathol* 2000; 42: 263-8.

31. Chen MJ, Chan HL, Ruan YZ. Nevous sebaceus a clinico pathologycal study of 104 cases. Changgenj Yi Xue Za Zi 1990; 13: 199-207.
32. Dinneen AM, Mehregan DR. Sebaceous epthelioma: a review of twenty-one cases. J Am Acad Dermathol 1996; 34: 47-50.
33. Amir H. Mehregan, Ken Hashimoto, Homayo on Rahbari. Eccrine adenocarcinoma. Clinicopathology study 35 cases. Arch dermathol 1983; 119: 104-14.
34. Helwig EG, Hackney VC. Syringoadenoma papilliferum. Arch dermatol 1995; 71: 361-72.
35. Crain RC, Helwing EB. Cylindroma (dermal eccrine cylindroma). Amij. Clin Pathol 1961; 35: 504-15.
36. Kleine-Natrope HE. Gleichrutige generalization gutartiger basoliome der Briedne. Arch Klin Erp Dermathol 1959; 209: 45-55.

NORMAS ADOTADAS

Resolução nº 003/00 do Colegiado do Curso de Graduação em
Medicina da Universidade Federal de Santa Catarina.

RESUMO

Introdução: Os tumores de apêndices epidérmicos são raros e desafiam o diagnóstico, diferenciam-se a partir de estruturas de anexos cutâneos: folículo piloso, glândulas sebáceas, apócrinas e écrinas. Embora a maioria destes tumores seja benigna existem variantes malignas.

Objetivo: Determinar a prevalência dos tumores anexiais cutâneos no Serviço de Anatomia Patológica (SAP) do Hospital Universitário Polydoro Ernani de São Thiago (HU) da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC) e estabelecer o índice de acerto entre a hipótese clínica inicial e o resultado do exame histopatológico.

Método: Foram levantados todos os casos consecutivos de tumores anexiais do período de janeiro de 2000 até março de 2001; a partir do arquivo de laudos do Serviço de Anatomia Patológica do HU.

Resultados: Dos 2304 exames de pele, realizados neste período, foram encontrados 39 (1,69%) casos de tumores anexiais, sendo 31 benignos (79%) e 8 malignos (21%). Havia 24 mulheres e 15 homens com uma razão de 1,6:1. As localizações mais comuns foram a cabeça e o nariz (79,5%). Em 27 casos a lesão era solitária (69,2%). O alcance de idade dos pacientes variou de 8 a 93 anos, com uma média de 51,2 anos. O tamanho dos tumores variou de 0,3 a 5,5cm de diâmetro. Neoplasias de folículo piloso representara 51% dos casos.

Conclusão: Os tumores de anexos são pouco freqüentes neste hospital, assim como é baixo o índice de concordância clínica e o resultado do exame histopatológico.

SUMMARY

Introduction: Tumors of epidermal appendages are uncommon and they challenge the diagnostic. They differentiate them self in structures of dermic accessories: pilose follicles, inner and outer, tallow glands. Although most of these tumors are benign there are malign variants.

Objective: To determine prevalence of dermic annex tumors in the Service of Pathologic Anatomy (SAP) at University Hospital of Polydoro Ernani de São Thiago (HU) of Federal University of Santa Catarina (UFSC) and to state the accuracy rate between initial clinical hypothesis and histopathological outcome. **Method:** All consecutive cases of annex tumors were studied from January of 2000 to March of 2001, from certifications file at Pathologic Anatomy Service of HU. **Outcomes:** From a total of 2304 skin tests, accomplished in this period, 39 (1,69%) cases of annex tumors were found, 31 of them (79%) were benign and 8 (21%) malign. There were 24 women and 15 men with an 1,6:1 rate. Common occurrence locations were head and nose (79,5%). In 27 cases lesion was lone (69,2%). The patients' age range was 8 to 93 years, with an average of X. Tumor diameter ranged from 0,3 to 5,5cm. Neoplasias of pilose follicle represented 51% of cases. **Conclusion:** Annex tumors are few frequent in this hospital, as well as clinical and histopathological concordance rate is low.

Apêndice 1

PROTOCOLO

Questionário: N _____ N prontuário _____ Data _____

1. Identificação:

Nome: _____

Idade: _____ Sexo: _____

Cor: ☐branca-clara ☐branca ☐morena-clara ☐morena-escura ☐parda ☐preta

Profissão: _____

Natural e procedente de: _____

2. Encaminhado pelo serviço de:

C. Cirúrgica	C. Plástica	Dermatologia

3. Topografia da lesão:

Face	Couro cabeludo	Nariz	Lábio	Membro superior	Membro inferior	Tórax	Abdômen

4. Número de lesões:

Solitária	Múltiplas (número)

5. Tamanho da lesão: _____

6. Tempo de evolução _____

7. Classificação dos tumores quanto a malignidade:

Maligno	Benigno

8. Classificação dos tumores quanto ao sentido de diferenciação:

Pilosa	Sebácea	Apócrina	Écrina

9. Hipóteses diagnósticas (pré-biópsia) _____

10. Diagnóstico Anatomo Patológico:

a. Tricofolículo	h. Siringoma
b. Tricoepitelioma	i. Siringocistoadenoma papilífero
c. Cisto Triquilemal	j. Poroma écrino maligno
d. Carcinoma Triquilemal	k. Adenocarcinoma écrino
e. Pilomatrixoma	l. Cilindroma
f. Hiperplasia sebácea	m. Epitelioma Sebáceo
g. Nevu sebáceo	n. Outros



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CAMPUS UNIVERSITÁRIO - TRINDADE CEP: 88040-900 - FLORIANÓPOLIS - SC
TELEFONE (048) 234-1755 - FAX (048) 234-4069

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA COM SERES HUMANOS

Parecer Consubstanciado

Projeto nº: 044

Título do Projeto: **Estudo Epidemiológico de Tumores de Anexos Cutâneos no Serviço de Anatomia Patológica Da Universidade Federal de Santa Catarina.**

Pesquisador Responsável: **Prof Jorge José de Souza Filho**

Instituição onde será realizado o estudo: **Serviço de Anatomia Patológica do HU**

Data de apresentação ao CEP SH: **24/04/2001**

Objetivos: **Mostrar a prevalência dos tumores anexais cutâneos no HU-UFSC e o índice de subdiagnóstico clínico em relação ao diagnóstico anatomopatológico.**

Sumário do Projeto: **Este projeto refere-se a um estudo retrospectivo transversal, onde serão analisados os arquivos do Serviço de Anatomia Patológica (SAP), do HU-UFSC, de todos os pacientes que realizaram biopsias entre 2000 e maio de 2001, para avaliar a ocorrência de tumores de anexos cutâneos nesta amostra e sua divisão por idade, sexo, cor naturalidade, topografia e tamanho da lesão e tempo de aparecimento, bem como levantamento dos prontuários para análise das hipóteses diagnósticas pré-biopsias.**

Comentários frente à Resolução CNS 196/96 e complementares: **Trata-se de um projeto de pesquisa para Trabalho de Conclusão de Curso, cujo professor orientador tem uma larga experiência clínica. O projeto carece de substância e tem alguma impropriedade formal, mas atende à legislação pertinente e para o fim a que se propõe é satisfatório, além de se tratar de um estudo retrospectivo transversal onde o comprometimento da pessoa do paciente é menos exigente. Pelo exposto, somos de parecer favorável a aprovação por este Comitê.**

Parecer do CEP SH:

- ☒ aprovado
- ☐ reprovado
- ☐ com pendência (detalhes pendência)*
- ☐ retirado
- ☐ aprovado e encaminhado ao CONEP

Informamos que o parecer dos relatores foi aprovado por unanimidade, em reunião deste Comitê na data de 28/05/2001.

Florianópolis, 28 de maio de 2001


Profª Márcia Margaret Menezes Pizzichini

Coordenadora

**TCC
UFSC
CM
0477**

Ex.1

N.Cham. TCC UFSC CM 0477

Autor: Pinho, Eleonora Si

Título: Perfil epidemiológico de 39 caso



972811414

Ac. 253626

Ex.1 UFSC BSCCSM